EKA/PvW Février 2010

Analyseurs de séries ABL505, EML105, ABL600, ABL700, ABL800 FLEX et ABL800 BASIC
Consignes d'étiquetage supplémentaires

Chers clients,

Détails sur les appareils concernés:
Cet avis de sécurité concerne les ***analyseurs de sang Radiometer*** suivants:

Analyseurs de séries ABL505, EML105, ABL600, ABL700, ABL800 FLEX et ABL800 BASIC

Description de l'information :
RADIOMETER s'est récemment rendu compte que le médicament Irenat, principalement administré en Allemagne, interférait avec le calcium ionisé. Il s'avère qu'un niveau de 1,5 mmol/l perchlorate dans le médicament Irenat provoque une erreur de 0,20 mmol/l au niveau du calcium ionisé (niveau 1,25 mmol/l). L'interférence se retrouve dans les ***analyseurs de séries ABL505, EML105, ABL600, ABL700, ABL800 FLEX et ABL800 BASIC.***

Que doit faire l'utilisateur?
Radiometer sollicite votre aide et vous demande de bien vouloir insérer la «note aux utilisateurs» jointe à l'avant du manuel de l'opérateur et de référence des ***analyseurs de séries ABL505, EML105, ABL600, ABL700, ABL800 FLEX et ABL800 BASIC.***

Transmission de cet avis de sécurité:
Merci de transmettre cet avis à toutes les personnes de votre entreprise qui doivent être informées des consignes d'étiquetage supplémentaires ainsi qu'aux entreprises qui ont reçu des ***analyseurs de séries ABL505, EML105, ABL600, ABL700, ABL800 FLEX et ABL800 BASIC***.

N'hésitez pas à nous contacter pour toute question.

Nous vous présentons toutes nos excuses pour les désagréments occasionnés.

Nous vous présentons nos meilleures salutations,

Radiometer RSCH GmbH

Ernst Kaderli
General Manager

A faxer à:
Radiometer RSCH GmbH, 8800 Thalwil - 044 723 38 65
e-mail: info@radiometer.ch

Description du produit

Analyseurs des séries ABL505, EML105, ABL600, ABL700, ABL800 FLEX et ABL800 BASIC

☐ ***Nous accusons réception de l'information sur les analyseurs de séries ABL505, EML105, ABL600, ABL700, ABL800 FLEX et ABL800 BASIC et avons inséré la «note aux utilisateurs» à l'avant de l'exemplaire du manuel de l'opérateur et de référence.***

Date: ----------

Hôpital: ----------

Adresse: ----------

Personne à contacter: ----------

Titre: ----------

Signature: ----------